

須賀川市障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律施行細則の一部を改正する規則、須賀川市地域生活支援事業実施規則の一部を改正する規則及び須賀川市国民健康保険税条例施行規則の一部を改正する規則をここに公布する。

令和8年6月26日

須賀川市長

大桑正晃

須賀川市規則第 4 9 号

須賀川市障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律施行細則の一部を改正する規則

須賀川市障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律施行細則（平成21年須賀川市規則第 7 号）の一部を次のように改正する。

改正後	改正前																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																									
第 1 号様式（第 5 条関係） 介護給付費 訓練等給付費 特定障害者特別給付費 地域相談支援給付費 支給申請書兼利用者負担額減額・免除等申請書 須賀川市長 次のとおり申請します。 <table><tr><td rowspan="4">申請者</td><td>フリガナ</td><td colspan="2">申請年月日</td><td>年</td><td>月</td><td>日</td></tr><tr><td>氏 名</td><td>個人番号：</td><td>生年月日</td><td>年</td><td>月</td><td>日</td></tr><tr><td>居 住 地</td><td colspan="5">〒</td></tr><tr><td colspan="6">電話番号</td></tr><tr><td>フリガナ</td><td colspan="2">生年月日</td><td>年</td><td>月</td><td>日</td></tr><tr><td>支給申請に係る障害児氏名</td><td>個人番号：</td><td>続 柄</td><td colspan="4"></td></tr><tr><td>身体障害者手帳番号</td><td>療育手帳番号</td><td>精神障害者保健福祉手帳番号</td><td>疾病名</td><td colspan="3"></td></tr><tr><td colspan="3">被保険者等の記号及び番号（36）</td><td colspan="4">保険者名及び番号（36）</td></tr><tr><td colspan="7">障害基礎年金 1 級の受給の有無（就労継続支援 B 型のサービスを申請する者に限る。）</td><td>有</td><td>・</td><td>無</td></tr><tr><td colspan="7">※「被保険者等の記号及び番号」欄及び「保険者名及び番号」欄は、療養介護を申請する場合記入すること。</td><td colspan="2"></td><td></td></tr><tr><td rowspan="2">サービス利用の状況</td><td>障害福祉関係サービス</td><td>障害支援区分の認定</td><td>有・無</td><td>区分</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>有効期間</td></tr><tr><td>介護保険サービス</td><td>要介護認定</td><td>有・無</td><td>要介護度</td><td colspan="6">要支援（ ）・要介護 1 2 3 4 5</td></tr><tr><td colspan="12">利用中のサービスの種類と内容等</td></tr><tr><td rowspan="10">申請するサービス</td><td>区分</td><td colspan="4">サービスの種類</td><td colspan="6">申請に係る具体的内容</td></tr><tr><td rowspan="4">訪問系</td><td colspan="4">介護給付費</td><td colspan="4">訓練等給付費</td><td colspan="4" rowspan="4"></td></tr><tr><td colspan="4">☐居宅介護</td><td colspan="4"></td></tr><tr><td colspan="4">☐重度訪問介護</td><td colspan="4"></td></tr><tr><td colspan="4">☐間行支援</td><td colspan="4"></td></tr><tr><td rowspan="6">日中活動系</td><td colspan="4">☐行動支援</td><td colspan="4"></td><td colspan="4" rowspan="6"></td></tr><tr><td colspan="4">☐重度障害者等包括支援</td><td colspan="4"></td></tr><tr><td colspan="4">☐短期入所</td><td colspan="4">☐自立訓練（機能訓練）</td></tr><tr><td colspan="4">☐職業介護</td><td colspan="4">☐自立訓練（生活訓練）</td></tr><tr><td colspan="4">☐生活介護</td><td colspan="4">☐宿泊型自立訓練</td></tr><tr><td colspan="4">☐就労移行支援</td><td colspan="4">☐就労移行支援（養成施設）</td></tr><tr><td rowspan="4">施設系</td><td colspan="4">☐施設入所支援</td><td colspan="4">☐就労継続支援 A 型</td><td colspan="4" rowspan="4"></td></tr><tr><td colspan="4"></td><td colspan="4">☐就労継続支援 B 型</td></tr><tr><td colspan="4"></td><td colspan="4">☐就労定着支援</td></tr><tr><td colspan="4"></td><td colspan="4">☐就労選択支援</td></tr><tr><td rowspan="3">居住支援系</td><td colspan="4">☐自立生活援助</td><td colspan="4"></td><td colspan="4" rowspan="3"></td></tr><tr><td colspan="4">☐共同生活援助（グループホーム）</td><td colspan="4"></td></tr><tr><td colspan="4"></td><td colspan="4"></td></tr><tr><td rowspan="2">地域連携系</td><td colspan="4">☐地域移行支援</td><td colspan="4"></td><td colspan="4" rowspan="2"></td></tr><tr><td colspan="4">☐地域定着支援</td><td colspan="4"></td></tr></table> サービス等利用計画又は個別支援計画を作成するため必要があるときは、障害支援区分認定に係る認定調査・相談調査の内容、サービス利用意向聴取の内容、市町村審議会における審査判定結果・意見及び医師意見書の全部又は一部を、須賀川市から指定特定相談支援事業者、指定障害福祉サービス事業者、指定障害者支援施設又は指定一般相談支援事業者の関係人に提示することに同意します。 申請者氏名	申請者	フリガナ	申請年月日		年	月	日	氏 名	個人番号：	生年月日	年	月	日	居 住 地	〒					電話番号						フリガナ	生年月日		年	月	日	支給申請に係る障害児氏名	個人番号：	続 柄					身体障害者手帳番号	療育手帳番号	精神障害者保健福祉手帳番号	疾病名				被保険者等の記号及び番号（36）			保険者名及び番号（36）				障害基礎年金 1 級の受給の有無（就労継続支援 B 型のサービスを申請する者に限る。）							有	・	無	※「被保険者等の記号及び番号」欄及び「保険者名及び番号」欄は、療養介護を申請する場合記入すること。										サービス利用の状況	障害福祉関係サービス	障害支援区分の認定	有・無	区分	1	2	3	4	5	6	有効期間	介護保険サービス	要介護認定	有・無	要介護度	要支援（ ）・要介護 1 2 3 4 5						利用中のサービスの種類と内容等												申請するサービス	区分	サービスの種類				申請に係る具体的内容						訪問系	介護給付費				訓練等給付費								☐ 居宅介護								☐ 重度訪問介護								☐ 間行支援								日中活動系	☐ 行動支援												☐ 重度障害者等包括支援								☐ 短期入所				☐ 自立訓練（機能訓練）				☐ 職業介護				☐ 自立訓練（生活訓練）				☐ 生活介護				☐ 宿泊型自立訓練				☐ 就労移行支援				☐ 就労移行支援（養成施設）				施設系	☐ 施設入所支援				☐ 就労継続支援 A 型												☐ 就労継続支援 B 型								☐ 就労定着支援								☐ 就労選択支援				居住支援系	☐ 自立生活援助												☐ 共同生活援助（グループホーム）																地域連携系	☐ 地域移行支援												☐ 地域定着支援								第 1 号様式（第 5 条関係） 介護給付費 訓練等給付費 特定障害者特別給付費 地域相談支援給付費 支給申請書兼利用者負担額減額・免除等申請書 須賀川市長 次のとおり申請します。 <table><tr><td rowspan="4">申請者</td><td>フリガナ</td><td colspan="2">申請年月日</td><td>令和</td><td>年</td><td>月</td><td>日</td></tr><tr><td>氏 名</td><td>個人番号：</td><td>生年月日</td><td>昭和・平成</td><td>年</td><td>月</td><td>日</td></tr><tr><td>居 住 地</td><td colspan="6">〒</td></tr><tr><td colspan="7">電話番号</td></tr><tr><td>フリガナ</td><td colspan="2">生年月日</td><td>年</td><td>月</td><td>日</td><td colspan="2"></td></tr><tr><td>支給申請に係る障害児氏名</td><td>個人番号：</td><td>続 柄</td><td colspan="5"></td></tr><tr><td>身体障害者手帳番号</td><td>療育手帳番号</td><td>精神障害者保健福祉手帳番号</td><td>疾病名</td><td colspan="4"></td></tr><tr><td colspan="3">被保険者等の記号及び番号（36）</td><td colspan="5">保険者名及び番号（36）</td></tr><tr><td colspan="8">障害基礎年金 1 級の受給の有無（就労継続支援 B 型のサービスを申請する者に限る。）</td><td>有</td><td>・</td><td>無</td></tr><tr><td colspan="8">※「被保険者等の記号及び番号」欄及び「保険者名及び番号」欄は、療養介護を申請する場合記入すること。</td><td colspan="2"></td><td></td></tr><tr><td rowspan="2">サービス利用の状況</td><td>障害福祉関係サービス</td><td>障害支援区分の認定</td><td>有・無</td><td>区分</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>有効期間</td></tr><tr><td>介護保険サービス</td><td>要介護認定</td><td>有・無</td><td>要介護度</td><td colspan="6">要支援（ ）・要介護 1 2 3 4 5</td></tr><tr><td colspan="12">利用中のサービスの種類と内容等</td></tr><tr><td rowspan="10">申請するサービス</td><td>区分</td><td colspan="4">サービスの種類</td><td colspan="6">申請に係る具体的内容</td></tr><tr><td rowspan="4">訪問系</td><td colspan="4">介護給付費</td><td colspan="4">訓練等給付費</td><td colspan="4" rowspan="4"></td></tr><tr><td colspan="4">☐居宅介護</td><td colspan="4"></td></tr><tr><td colspan="4">☐重度訪問介護</td><td colspan="4"></td></tr><tr><td colspan="4">☐間行支援</td><td colspan="4"></td></tr><tr><td rowspan="6">日中活動系</td><td colspan="4">☐行動支援</td><td colspan="4"></td><td colspan="4" rowspan="6"></td></tr><tr><td colspan="4">☐重度障害者等包括支援</td><td colspan="4"></td></tr><tr><td colspan="4">☐短期入所</td><td colspan="4">☐自立訓練（機能訓練）</td></tr><tr><td colspan="4">☐職業介護</td><td colspan="4">☐自立訓練（生活訓練）</td></tr><tr><td colspan="4">☐生活介護</td><td colspan="4">☐宿泊型自立訓練</td></tr><tr><td colspan="4">☐就労移行支援</td><td colspan="4">☐就労移行支援（養成施設）</td></tr><tr><td rowspan="4">施設系</td><td colspan="4">☐施設入所支援</td><td colspan="4">☐就労継続支援 A 型</td><td colspan="4" rowspan="4"></td></tr><tr><td colspan="4"></td><td colspan="4">☐就労継続支援 B 型</td></tr><tr><td colspan="4"></td><td colspan="4">☐就労定着支援</td></tr><tr><td colspan="4"></td><td colspan="4">☐就労選択支援</td></tr><tr><td rowspan="3">居住支援系</td><td colspan="4">☐自立生活援助</td><td colspan="4"></td><td colspan="4" rowspan="3"></td></tr><tr><td colspan="4">☐共同生活援助（グループホーム）</td><td colspan="4"></td></tr><tr><td colspan="4"></td><td colspan="4"></td></tr><tr><td rowspan="2">地域連携系</td><td colspan="4">☐地域移行支援</td><td colspan="4"></td><td colspan="4" rowspan="2"></td></tr><tr><td colspan="4">☐地域定着支援</td><td colspan="4"></td></tr></table> サービス等利用計画又は個別支援計画を作成するため必要があるときは、障害支援区分認定に係る認定調査・相談調査の内容、サービス利用意向聴取の内容、市町村審議会における審査判定結果・意見及び医師意見書の全部又は一部を、須賀川市から指定特定相談支援事業者、指定障害福祉サービス事業者、指定障害者支援施設又は指定一般相談支援事業者の関係人に提示することに同意します。 申請者氏名	申請者	フリガナ	申請年月日		令和	年	月	日	氏 名	個人番号：	生年月日	昭和・平成	年	月	日	居 住 地	〒						電話番号							フリガナ	生年月日		年	月	日			支給申請に係る障害児氏名	個人番号：	続 柄						身体障害者手帳番号	療育手帳番号	精神障害者保健福祉手帳番号	疾病名					被保険者等の記号及び番号（36）			保険者名及び番号（36）					障害基礎年金 1 級の受給の有無（就労継続支援 B 型のサービスを申請する者に限る。）								有	・	無	※「被保険者等の記号及び番号」欄及び「保険者名及び番号」欄は、療養介護を申請する場合記入すること。											サービス利用の状況	障害福祉関係サービス	障害支援区分の認定	有・無	区分	1	2	3	4	5	6	有効期間	介護保険サービス	要介護認定	有・無	要介護度	要支援（ ）・要介護 1 2 3 4 5						利用中のサービスの種類と内容等												申請するサービス	区分	サービスの種類				申請に係る具体的内容						訪問系	介護給付費				訓練等給付費								☐ 居宅介護								☐ 重度訪問介護								☐ 間行支援								日中活動系	☐ 行動支援												☐ 重度障害者等包括支援								☐ 短期入所				☐ 自立訓練（機能訓練）				☐ 職業介護				☐ 自立訓練（生活訓練）				☐ 生活介護				☐ 宿泊型自立訓練				☐ 就労移行支援				☐ 就労移行支援（養成施設）				施設系	☐ 施設入所支援				☐ 就労継続支援 A 型												☐ 就労継続支援 B 型								☐ 就労定着支援								☐ 就労選択支援				居住支援系	☐ 自立生活援助												☐ 共同生活援助（グループホーム）																地域連携系	☐ 地域移行支援												☐ 地域定着支援							
申請者		フリガナ	申請年月日		年	月	日																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																			
		氏 名	個人番号：	生年月日	年	月	日																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																			
		居 住 地	〒																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																							
	電話番号																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																									
フリガナ	生年月日		年	月	日																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																					
支給申請に係る障害児氏名	個人番号：	続 柄																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																								
身体障害者手帳番号	療育手帳番号	精神障害者保健福祉手帳番号	疾病名																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																							
被保険者等の記号及び番号（36）			保険者名及び番号（36）																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																							
障害基礎年金 1 級の受給の有無（就労継続支援 B 型のサービスを申請する者に限る。）							有	・	無																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																	
※「被保険者等の記号及び番号」欄及び「保険者名及び番号」欄は、療養介護を申請する場合記入すること。																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																										
サービス利用の状況	障害福祉関係サービス	障害支援区分の認定	有・無	区分	1	2	3	4	5	6	有効期間																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																															
	介護保険サービス	要介護認定	有・無	要介護度	要支援（ ）・要介護 1 2 3 4 5																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																					
利用中のサービスの種類と内容等																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																										
申請するサービス	区分	サービスの種類				申請に係る具体的内容																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																				
	訪問系	介護給付費				訓練等給付費																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																				
		☐ 居宅介護																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																								
		☐ 重度訪問介護																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																								
		☐ 間行支援																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																								
	日中活動系	☐ 行動支援																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																								
		☐ 重度障害者等包括支援																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																								
		☐ 短期入所				☐ 自立訓練（機能訓練）																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																				
		☐ 職業介護				☐ 自立訓練（生活訓練）																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																				
		☐ 生活介護				☐ 宿泊型自立訓練																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																				
☐ 就労移行支援				☐ 就労移行支援（養成施設）																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																						
施設系	☐ 施設入所支援				☐ 就労継続支援 A 型																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																					
					☐ 就労継続支援 B 型																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																					
					☐ 就労定着支援																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																					
					☐ 就労選択支援																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																					
居住支援系	☐ 自立生活援助																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																									
	☐ 共同生活援助（グループホーム）																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																									
地域連携系	☐ 地域移行支援																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																									
	☐ 地域定着支援																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																									
申請者	フリガナ	申請年月日		令和	年	月	日																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																			
	氏 名	個人番号：	生年月日	昭和・平成	年	月	日																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																			
	居 住 地	〒																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																								
	電話番号																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																									
フリガナ	生年月日		年	月	日																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																					
支給申請に係る障害児氏名	個人番号：	続 柄																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																								
身体障害者手帳番号	療育手帳番号	精神障害者保健福祉手帳番号	疾病名																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																							
被保険者等の記号及び番号（36）			保険者名及び番号（36）																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																							
障害基礎年金 1 級の受給の有無（就労継続支援 B 型のサービスを申請する者に限る。）								有	・	無																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																
※「被保険者等の記号及び番号」欄及び「保険者名及び番号」欄は、療養介護を申請する場合記入すること。																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																										
サービス利用の状況	障害福祉関係サービス	障害支援区分の認定	有・無	区分	1	2	3	4	5	6	有効期間																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																															
	介護保険サービス	要介護認定	有・無	要介護度	要支援（ ）・要介護 1 2 3 4 5																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																					
利用中のサービスの種類と内容等																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																										
申請するサービス	区分	サービスの種類				申請に係る具体的内容																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																				
	訪問系	介護給付費				訓練等給付費																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																				
		☐ 居宅介護																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																								
		☐ 重度訪問介護																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																								
		☐ 間行支援																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																								
	日中活動系	☐ 行動支援																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																								
		☐ 重度障害者等包括支援																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																								
		☐ 短期入所				☐ 自立訓練（機能訓練）																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																				
		☐ 職業介護				☐ 自立訓練（生活訓練）																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																				
		☐ 生活介護				☐ 宿泊型自立訓練																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																				
☐ 就労移行支援				☐ 就労移行支援（養成施設）																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																						
施設系	☐ 施設入所支援				☐ 就労継続支援 A 型																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																					
					☐ 就労継続支援 B 型																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																					
					☐ 就労定着支援																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																					
					☐ 就労選択支援																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																					
居住支援系	☐ 自立生活援助																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																									
	☐ 共同生活援助（グループホーム）																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																									
地域連携系	☐ 地域移行支援																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																									
	☐ 地域定着支援																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																									

改正後

主治医 ※	主治医の氏名		医療機関名	
	所在地	平		
				電話番号

(※) 主治医の欄は、介護給付費、訓練等給付費（共同生活援助に係るものであって、入浴、排せつ、又は食事等の介護の提供を受けることを希望する場合に限る。）又は地域移行支援（精神科病院（精神科病院以外の病院で精神病室が設けられているものを含む。）に入院している者に限る。）を申請する場合記入すること。

申請する減免の種類

☐ I 負担上限月額に関する認定

下記の区分の適用を申請します。
(あてはまるものに○をつける。いずれにも当てはまらない場合は空欄とすること。)

1. 生活保護受給世帯

2. 市町村民税非課税世帯に属する者であって、合計所得金額及び障害者基礎年金等の収入の合計額が82万6千5百円以下のもの

3. 市町村民税非課税世帯に属する者であって、2以外のもの

4. 市町村民税課税世帯（障害者：所得割16万円未満、障害児：所得割28万円未満）

※18歳以上(入所施設利用者は20歳以上)の障害者の「世帯」の範囲は「障害のある方及び同一の世帯に属する配偶者」です。

☐ II 医療型個別減免に関する認定

下記のいずれにもあてはまるため、医療型個別減免を申請します。

（20歳以上の方）

1. 療養介護利用者であること（年令 才）

2. 市町村民税非課税世帯の者

（20歳未満の方）

1. 療養介護利用者であること（年令 才）

☐ III 施設入所者（注）に対する特定障害者特別給付費（補足給付）に関する認定（入所施設の食費等軽減措置）

下記のいずれにもあてはまるため、特定障害者特別給付費を申請します。
(注) 対象施設は、介護給付費の対象となる入所施設（障害者支援施設）

（20歳以上の方）

1. 施設入所者であること（年令 才）

2. 市町村民税非課税世帯の者又は生活保護受給世帯の者

（20歳未満の方）

1. 施設入所者であること（年令 才）

☐ IV グループホーム入居者に対する特定障害者特別給付費（補足給付）に関する認定（家賃軽減措置）

市町村民税非課税世帯又は生活保護受給世帯にあてはまるため、特定障害者特別給付費を申請します。

☐ V 生活保護への移行予防措置（自己負担減免措置、補足給付の特例措置）に関する認定

生活保護への移行予防措置（☐自己負担減免措置 ☐補足給付の特例措置）を申請します。
※福祉事務所が発行する境界層対象者証明書が必要となります。

申請書提出者

☐申請者本人 ☐申請者本人以外（下の欄に記入）

氏 名

申請者との関係

住 所

平

申請者住所とおり（申請者住所と異なる場合記入）

電話番号

改正前

主治医 ※	主治医の氏名		医療機関名	
	所在地	平		
				電話番号

(※) 主治医の欄は、介護給付費、訓練等給付費（共同生活援助に係るものであって、入浴、排せつ、又は食事等の介護の提供を受けることを希望する場合に限る。）又は地域移行支援（精神科病院（精神科病院以外の病院で精神病室が設けられているものを含む。）に入院している者に限る。）を申請する場合記入すること。

申請する減免の種類

☐ I 負担上限月額に関する認定

下記の区分の適用を申請します。
(あてはまるものに○をつける。いずれにも当てはまらない場合は空欄とすること。)

1. 生活保護受給世帯

2. 市町村民税非課税世帯に属する者であって、合計所得金額及び障害者基礎年金等の収入の合計額が80万9千円以下のもの

3. 市町村民税非課税世帯に属する者であって、2以外のもの

4. 市町村民税課税世帯（障害者：所得割16万円未満、障害児：所得割28万円未満）

※18歳以上(入所施設利用者は20歳以上)の障害者の「世帯」の範囲は「障害のある方及び同一の世帯に属する配偶者」です。

☐ II 医療型個別減免に関する認定

下記のいずれにもあてはまるため、医療型個別減免を申請します。

（20歳以上の方）

1. 療養介護利用者であること（年令 才）

2. 市町村民税非課税世帯の者

（20歳未満の方）

1. 療養介護利用者であること（年令 才）

☐ III 施設入所者（注）に対する特定障害者特別給付費（補足給付）に関する認定（入所施設の食費等軽減措置）

下記のいずれにもあてはまるため、特定障害者特別給付費を申請します。
(注) 対象施設は、介護給付費の対象となる入所施設（障害者支援施設）

（20歳以上の方）

1. 施設入所者であること（年令 才）

2. 市町村民税非課税世帯の者又は生活保護受給世帯の者

（20歳未満の方）

1. 施設入所者であること（年令 才）

☐ IV グループホーム入居者に対する特定障害者特別給付費（補足給付）に関する認定（家賃軽減措置）

市町村民税非課税世帯又は生活保護受給世帯にあてはまるため、特定障害者特別給付費を申請します。

☐ V 生活保護への移行予防措置（自己負担減免措置、補足給付の特例措置）に関する認定

生活保護への移行予防措置（☐自己負担減免措置 ☐補足給付の特例措置）を申請します。
※福祉事務所が発行する境界層対象者証明書が必要となります。

申請書提出者

☐申請者本人 ☐申請者本人以外（下の欄に記入）

氏 名

申請者との関係

住 所

平

申請者住所とおり（申請者住所と異なる場合記入）

電話番号

備考 改正箇所は、下線で示す部分である。

附 則
(施行期日)
1 この規則は、令和8年7月1日から施行する。
(経過措置)

- 2 この規則の施行の際現にあるこの規則による改正前の須賀川市障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律施行細則の様式の規定による用紙は、当分の間、これを取り繕って使用することができる。

須賀川市規則第 5 0 号

須賀川市地域生活支援事業実施規則の一部を改正する規則

須賀川市地域生活支援事業実施規則（平成18年須賀川市規則第34号）の一部を次のように改正する。

改正後				改正前			
別表第 3 （第104条関係）				別表第 3 （第104条関係）			
種別	区分	対象者	利用者負担上限 月額	種別	区分	対象者	利用者負担上限 月額
受 給 者 が 18 歳 以 上 の 場 合	生活 保護	生活保護受給世帯	0 円	受 給 者 が 18 歳 以 上 の 場 合	生活 保護	生活保護受給世帯	0 円
	低所得 1	市民税非課税世帯で受給者の年収が <u>82万 6 千 5 百円</u> 以下の者	0 円		低所得 1	市民税非課税世帯で受給者の年収が <u>80万 9 千円</u> 以下の者	0 円
	低所得 2	市民税非課税世帯で低所得 1 に該当しない者	0 円		低所得 2	市民税非課税世帯で低所得 1 に該当しない者	0 円
	一般 1	市民税課税世帯で市民税所得割額が16万円未満の者	9, 300円		一般 1	市民税課税世帯で市民税所得割額が16万円未満の者	9, 300円
	一般 2	市民税課税世帯で一般 1 に該当しない者	37, 200円		一般 2	市民税課税世帯で一般 1 に該当しない者	37, 200円
受 給 者 が 18 歳 未 満 の 場 合	生活 保護	生活保護受給世帯	0 円	受 給 者 が 18 歳 未 満 の 場 合	生活 保護	生活保護受給世帯	0 円
	低所得 1	市民税非課税世帯で主たる生計維持者の年収が <u>82万 6 千 5 百円</u> 以下の者	0 円		低所得 1	市民税非課税世帯で主たる生計維持者の年収が <u>80万 9 千円</u> 以下の者	0 円

改正後			
	低所得 2	市民税非課税世帯で低所得 1 に該当しない者	0 円
	一般 1	市民税課税世帯で市民税所得割額が28万円未満の者	4, 600円
	一般 2	市民税課税世帯で一般 1 に該当しない者	37, 200円

改正前			
	低所得 2	市民税非課税世帯で低所得 1 に該当しない者	0 円
	一般 1	市民税課税世帯で市民税所得割額が28万円未満の者	4, 600円
	一般 2	市民税課税世帯で一般 1 に該当しない者	37, 200円

改正後

第7号様式（第19条関係）

日常生活用具給付（貸与）調査書

① 申請書受理番号 年 月 日	第 号 日 年 月 日	② 申請者 氏 名			③ 対象者 との続柄		
④ 対象者	氏 名	性別		生年月日	年 月 日（ 歳）		
	住 所	施設入所の有・無					
	身体障害者手帳記号番号	第 号	障がい名、疾病名	（ 種 級）			
⑤ 世帯の状況	氏 名	年 齢	対象者との続柄	生活保護	市民税非課税 合計所得額 82万9千5百円未満に該当	市民税課税 合計所得額 82万9千5百円以上に該当	市民税所得割課税額 46万円以上に該当
⑥ 所得区分	1 生活保護 2 低所得1 3 低所得2 4 一般 5 一定以上						
⑦ 住まいの状況	1 自家 2 借家（貸主の諾否）						
⑧ 給付（貸与）後の生活の状況	日常生活動作の状況 （入浴・排便・移動・その他 該当する動作に○） 1 自力で（入浴・排便・移動）ができるようになる 2 一部介助で（入浴・排便・移動）ができるようになる 3 給付しても（入浴・排便・移動）は他人の一部介助が必要 4 給付しても（入浴・排便・移動）は他人の全介助が必要 5 その他（ ）						
	その他の状況 1 コミュニケーションが容易になる 2 情報入手が容易になる 3 （在宅生活・独居）が可能になる 4 その他（ ）						
⑨ 給付（貸与）の必要の有無	1 有 2 無	⑩ 給付する（しない）理由					
⑪ 給付（貸与）する用具（型）							
⑫ 月額負担上限額	⑬基準額	⑭見積額	⑮給付予定額	⑯利用者負担額	⑰公費負担額		
円	円	円	円	円	円		
⑱その他特記事項							
上記のとおり確認しました。 年 月 日 調査者 ⑲							

（注） 1 給付又は貸与の字句は不要の方を抹消すること。
2 貸与の場合には⑫～⑱欄の記載は不要であること。

改正前

第7号様式（第19条関係）

日常生活用具給付（貸与）調査書

① 申請書受理番号 年 月 日	第 号 日 年 月 日	② 申請者 氏 名			③ 対象者 との続柄		
④ 対象者	氏 名	性別		生年月日	年 月 日（ 歳）		
	住 所	施設入所の有・無					
	身体障害者手帳記号番号	第 号	障がい名、疾病名	（ 種 級）			
⑤ 世帯の状況	氏 名	年 齢	対象者との続柄	生活保護	市民税非課税 合計所得額 80万9千9百円未満に該当	市民税課税 合計所得額 80万9千9百円以上に該当	市民税所得割課税額 46万円以上に該当
⑥ 所得区分	1 生活保護 2 低所得1 3 低所得2 4 一般 5 一定以上						
⑦ 住まいの状況	1 自家 2 借家（貸主の諾否）						
⑧ 給付（貸与）後の生活の状況	日常生活動作の状況 （入浴・排便・移動・その他 該当する動作に○） 1 自力で（入浴・排便・移動）ができるようになる 2 一部介助で（入浴・排便・移動）ができるようになる 3 給付しても（入浴・排便・移動）は他人の一部介助が必要 4 給付しても（入浴・排便・移動）は他人の全介助が必要 5 その他（ ）						
	その他の状況 1 コミュニケーションが容易になる 2 情報入手が容易になる 3 （在宅生活・独居）が可能になる 4 その他（ ）						
⑨ 給付（貸与）の必要の有無	1 有 2 無	⑩ 給付する（しない）理由					
⑪ 給付（貸与）する用具（型）							
⑫ 月額負担上限額	⑬基準額	⑭見積額	⑮給付予定額	⑯利用者負担額	⑰公費負担額		
円	円	円	円	円	円		
⑱その他特記事項							
上記のとおり確認しました。 年 月 日 調査者 ⑲							

（注） 1 給付又は貸与の字句は不要の方を抹消すること。
2 貸与の場合には⑫～⑱欄の記載は不要であること。

改正後																改正前															
第13号様式（第34条関係）																															
住宅改修等給付調査書																															
① 申請書受理番号 年 月 日				第 号 日 年 月 日				② 申請者 氏 名								③ 対象者 との続柄															
④ 対象者	氏 名								性別				生年月日				年 月 日（ 歳）														
	住 所												施設入所 の有・無																		
	身体障害者手 帳記号番号				第 号				障がい名、 疾病名						（ 種 級）																
⑤ 世帯 の 状 況	氏 名		年 齢		対 象 者 との続 柄		生活保護		合計所得額 82万6千5百円 未満に該当		合計所得額 82万6千5百円 以上に該当		市民税 課 税 額		市民税所得 割 課 税 額 46 万 円 以 上に該当																
⑥ 所得区分				1 生活保護 2 低所得1 3 低所得2 4 一般 5 一定以上																											
⑦ 住まいの状況				1 自家 2 借家（貸主の諾否） 有 ・ 無																											
⑧ 施設入所申請の有無				1 申請している 2 申請していない																											
⑨ 給付後の介護の状況 （入浴・排便・移動・ その他、該当する動作 に○）				1 自力で（入浴・排便・移動）ができるようになる 2 一部介助で（入浴・排便・移動）ができるようになる 3 給付しても（入浴・排便・移動）は他人の一部介助が必要 4 給付しても（入浴・排便・移動）は他人の全介助が必要 5 その他（ ）																											
⑩ 住宅改修費給付の 必要の有無				1 有 2 無		⑪ 給付する （しない）理由																									
⑫ 住宅改修工事の内容																															
⑬ 月額負担上限額				⑭基準額				⑮見積額				⑯給付予定額				⑰利用者 負担額				⑱公費負担 額											
円				円				円				円				円				円											
⑲その他特記事項																															
上記のとおり確認しました。																															
年 月 日				調査者 ㊟																											
（注）改修工事見積書及び工事図面を添付し、工事の内容を明確にしておくこと。																															

改正前																							
第13号様式（第34条関係）																							
住宅改修等給付調査書																							
① 申請書受理番号 年 月 日				第 号 日 年 月 日				② 申請者 氏 名								③ 対象者 との続柄							
④ 対象者	氏 名								性別				生年月日				年 月 日（ 歳）						
	住 所												施設入所 の有・無										
	身体障害者手 帳記号番号				第 号				障がい名、 疾病名						（ 種 級）								
⑤ 世帯 の 状 況	氏 名		年 齢		対 象 者 との続 柄		生活保護		合計所得額 80万9千円 未満に該当		合計所得額 80万9千円 以上に該当		市民税 課 税 額		市民税所得 割 課 税 額 46 万 円 以 上に該当								
⑥ 所得区分				1 生活保護 2 低所得1 3 低所得2 4 一般 5 一定以上																			
⑦ 住まいの状況				1 自家 2 借家（貸主の諾否） 有 ・ 無																			
⑧ 施設入所申請の有無				1 申請している 2 申請していない																			
⑨ 給付後の介護の状況 （入浴・排便・移動・ その他、該当する動作 に○）				1 自力で（入浴・排便・移動）ができるようになる 2 一部介助で（入浴・排便・移動）ができるようになる 3 給付しても（入浴・排便・移動）は他人の一部介助が必要 4 給付しても（入浴・排便・移動）は他人の全介助が必要 5 その他（ ）																			
⑩ 住宅改修費給付の 必要の有無				1 有 2 無		⑪ 給付する （しない）理由																	
⑫ 住宅改修工事の内容																							
⑬ 月額負担上限額				⑭基準額				⑮見積額				⑯給付予定額				⑰利用者 負担額				⑱公費負担 額			
円				円				円				円				円				円			
⑲その他特記事項																							
上記のとおり確認しました。																							
年 月 日				調査者 ㊟																			
（注）改修工事見積書及び工事図面を添付し、工事の内容を明確にしておくこと。																							

備考 改正箇所は、下線で示す部分である。

附 則

(施行期日)

- 1 この規則は、令和8年7月1日から施行する。

(経過措置)

- 2 この規則の施行の際現にあるこの規則による改正前の須賀川市地域生活支援事業実施規則の様式の規定による用紙は、当分の間、これを取り繕って使用することができる。

須賀川市規則第51号

須賀川市国民健康保険税条例施行規則の一部を改正する規則

須賀川市国民健康保険税条例施行規則（昭和38年須賀川市規則第6号）の一部を次のように改正する。

改正後

第5号様式（第5条関係）

年度

国民健康保険税 納税通知書

国民健康保険税を下記のとおり決定しましたので通知します。

お問い合わせ番号

通知書番号

記号番号

決定保険税額

※この納税通知書は「世帯主」宛にお送りしています。世帯主が社会保険等に加入している場合も同様です。
（※お願い） 納付書は、直接電子計算機で処理しますので汚したり、折り曲げたりしないでください。
各期別ごとの納付額をそれぞれの納期前までに納めてください。

福島県須賀川市

国民健康保険税の算出内訳 兼 変更通知

	変更前				変更後				通知書番号
	医療分	支障加算分	介護分	子ども分	医療分	支障加算分	介護分	子ども分	
軽減判定基準額		同左				同左			
軽減額の元となる額		同左				同左			
軽減額の元となる額		同左				同左			
A所得割額									
B資産割額									
C均等割額									
D平準割額									
①=A+B+C+D計									
区分									
E均等割額									
F平準割額									
G軽減超過額									
②=C+E+F+G減額									
H減免額									
③H減免減額									
④家賃割額									
⑤軽減超過減額									
課税額									

福島県須賀川市

改正前

第5号様式（第5条関係）

年度

国民健康保険税 納税通知書

国民健康保険税を下記のとおり決定しましたので通知します。

お問い合わせ番号

通知書番号

記号番号

決定保険税額

※この納税通知書は「世帯主」宛にお送りしています。世帯主が社会保険等に加入している場合も同様です。
（※お願い） 納付書は、直接電子計算機で処理しますので汚したり、折り曲げたりしないでください。
各期別ごとの納付額をそれぞれの納期前までに納めてください。

福島県須賀川市

国民健康保険税の算出内訳 兼 変更通知

	変更前				変更後				通知書番号
	医療分	支障加算分	介護分	子ども分	医療分	支障加算分	介護分	子ども分	
軽減判定基準額		同左				同左			
軽減額の元となる額		同左				同左			
軽減額の元となる額		同左				同左			
A所得割額									
B資産割額									
C均等割額									
D平準割額									
①=A+B+C+D計									
区分									
E均等割額									
F平準割額									
G軽減超過額									
②=C+E+F+G減額									
H減免額									
③H減免減額									
④家賃割額									
⑤軽減超過減額									
課税額									

福島県須賀川市

[illegible][illegible]

改正後

国民健康保険税個人明細書

被保険者氏名	所得割の元となる額 資産割の元となる額	区分	所得割額 ①	資産割額 ②	均等割額 ③	算出額 ①+②+③
		医療分				
		後期分				
		介護分				
		子ども分				
		医療分				
		後期分				
		介護分				
		子ども分				
		医療分				
		後期分				
		介護分				
		子ども分				
		医療分				
		後期分				
		介護分				
		子ども分				

※個人明細書には平等割額は含まれておりませんので、個人明細書の合計額と世帯の算出額は一致しません。
また、転居額から加入月数あたりの個人の所得割額、均等割額を算出している為、端数を調整して算出される場合があります。

福島県須賀川市

■国民健康保険税の税率等

国民健康保険税は、医療分・後期分・介護分・子ども分をそれぞれの対象者ごとに下記に記載した3項目によって算出し、この合計額を各世帯で負担していただきます。

介護分を納めていただくのは、国民健康保険に加入している40歳から64歳までの方です。(40歳の誕生日月から65歳の誕生日前月までの間)

区分	医療分	後期分	介護分	子ども分	内 容
所得割	%	%	%	%	前年中の総所得金額に対する保険税額
資産割					
均等割	円	円	円	() 円	一人当たりにかかる保険税額 ※カッコ内は18歳以上にかかる均等割額
平等割	円	円	円	円	1世帯当たりにかかる保険税額

■お問い合わせ

この通知書の内容についてご不明な点がございましたら、下記までお問い合わせください。

須賀川市保険給付課国保係 電話 0248-88-9136

福島県須賀川市

改正前

国民健康保険税個人明細書

被保険者氏名	所得割の元となる額 資産割の元となる額	区分	所得割額 ①	資産割額 ②	均等割額 ③	算出額 ①+②+③
		医療分				
		支援金分				
		介護分				
		医療分				
		支援金分				
		介護分				
		医療分				
		支援金分				
		介護分				
		医療分				
		支援金分				
		介護分				
		医療分				
		支援金分				
		介護分				

※個人明細書には平等割額は含まれておりませんので、個人明細書の合計額と世帯の算出額は一致しません。
また、転居額から加入月数あたりの個人の所得割額、均等割額を算出している為、端数を調整して算出される場合があります。

■国民健康保険税の税率等

国民健康保険税は、医療分・支援金分・介護分をそれぞれの対象者ごとに下記に記載した3項目によって算出し、この合計額を各世帯で負担していただきます。

介護分を納めていただくのは、国民健康保険に加入している40歳から64歳までの方です。(40歳の誕生日月から65歳の誕生日前月までの間)

区分	医療分	支援金分	介護分	内 容
所得割	%	%	%	前年中の総所得金額に対する保険税額
資産割				資産割は廃止されました。
均等割	円	円	円	一人当たりにかかる保険税額
平等割	円	円	円	1世帯当たりにかかる保険税額

■お問い合わせ

この通知書の内容についてご不明な点がございましたら、下記までお問い合わせください。

改正後

第6号様式（第5条関係）

年度
国民健康保険税 納税通知書

国民健康保険税を下記のとおり決定しましたので通知します。

お問い合わせ番号	振替口座	決定保険税額
通知書番号	取扱機関コード	
記号番号	取扱機関名	
	口座名義人	
	口座種別	
	口座番号	

※この納税通知書は「世帯主」宛にお送りしています。世帯主が社会保険等に加入している場合も同様です。

福島県須賀川市

国民健康保険税の算出内訳 兼 変更通知

	変更前				変更後				通知書番号
	医療分	後期分	介護分	子ども分	医療分	後期分	介護分	子ども分	
軽減特定額所得		同左		(医療分参照)		同左		(医療分参照)	
所得割の元となる額		同左		(医療分参照)		同左		(医療分参照)	
資産割の元となる額		同左		(医療分参照)		同左		(医療分参照)	
A所得割額									
B資産割額									
C均等割額									
D平等割額									
①=A+B+C+D計									
軽減額									
区分									
E均等割額									
F平等割額									
G限度超過額									
②=①-E-F-G算出額									
I減免額									
③月割増減額									
④賦課額									
⑤徴収額減額									
理由									

※本算定および新規加入の場合は、変更前はありませんのでゼロ円または空欄となります。

※⑤徴収額減額は、失業軽減に該当した場合に減額された税額の表示であり、④賦課額からさらに差し引かれるものではありません。

福島県須賀川市

改正前

第6号様式（第5条関係）

年度
国民健康保険税 納税通知書

国民健康保険税を下記のとおり決定しましたので通知します。

お問い合わせ番号	振替口座	決定保険税額
通知書番号	取扱機関コード	
記号番号	取扱機関名	
	口座名義人	
	口座種別	
	口座番号	

※この納税通知書は「世帯主」宛にお送りしています。世帯主が社会保険等に加入している場合も同様です。

国民健康保険税の算出内訳 兼 変更通知

	変更前				変更後				通知書番号
	医療分	後期分	介護分	子ども分	医療分	後期分	介護分	子ども分	
軽減特定額所得		同左		(医療分参照)		同左		(医療分参照)	
所得割の元となる額		同左		(医療分参照)		同左		(医療分参照)	
資産割の元となる額		同左		(医療分参照)		同左		(医療分参照)	
A所得割額									
B資産割額									
C均等割額									
D平等割額									
①=A+B+C+D計									
軽減額									
区分									
E均等割額									
F平等割額									
G限度超過額									
②=①-E-F-G算出額									
I減免額									
③月割増減額									
④賦課額									
⑤徴収額減額									
理由									

※本算定および新規加入の場合は、変更前はありませんのでゼロ円または空欄となります。

※⑤徴収額減額は、失業軽減に該当した場合に減額された税額の表示であり、④賦課額からさらに差し引かれるものではありません。

[illegible][illegible]

改正後

国民健康保険税個人明細書

被保険者氏名	所得割の元となる額 資産割の元となる額	区 分	所得割額 ①	資産割額 ②	均等割額 ③	算出額 ①+②+③
		医療分				
		後期分				
		介護分				
		子ども分				
		医療分				
		後期分				
		介護分				
		子ども分				
		医療分				
		後期分				
		介護分				
		子ども分				
		医療分				
		後期分				
		介護分				
		子ども分				

※個人明細書には平等割額は含まれておりませんので、個人明細書の合計額と世帯の算出額は一致しません。
また、税課額から加入月数あたりの個人の所得割額、均等割額を算出している為、端数を調整して算出される場合があります。

福島県須賀川市

■国民健康保険税の税率等

国民健康保険税は、医療分・後期分・介護分・子ども分をそれぞれの対象者ごとに下記に記載した3項目によって算出し、この合計額を各世帯で負担していただきます。介護分を納めていただくのは、国民健康保険に加入している40歳から64歳までの方です。(40歳の誕生日から65歳の誕生日前月までの間)

区 分	医 療 分	後 期 分	介 護 分	子 ども 分	内 容
所得割	%	%	%	%	前年中の総所得金額に対する保険税額
資産割					
均等割	円	円	円	() 円	一人当たりにかかる保険税額 ※カッコ内は18歳以上にかかる均等割額
平等割	円	円	円	円	1世帯当たりにかかる保険税額

特別徴収義務者	
特別徴収対象年金	
特別徴収対象年金額	

※地方税法第706条並びに須賀川市国民健康保険税条例第12条の規定により、特別徴収対象被保険者の方は年金から徴収額を差し引きさせていただきます。

■お問い合わせ

この通知書の内容についてご不明点がございましたら、下記までお問い合わせください。

須賀川市保険給付課国保税係 電 話 0248-88-9136

福島県須賀川市

改正前

国民健康保険税個人明細書

被保険者氏名	所得割の元となる額 資産割の元となる額	区 分	所得割額 ①	資産割額 ②	均等割額 ③	算出額 ①+②+③
		医療分				
		支障金分				
		介護分				
		医療分				
		支障金分				
		介護分				
		医療分				
		支障金分				
		介護分				
		医療分				
		支障金分				
		介護分				
		医療分				
		支障金分				
		介護分				

※個人明細書には平等割額は含まれておりませんので、個人明細書の合計額と世帯の算出額は一致しません。
また、税課額から加入月数あたりの個人の所得割額、均等割額を算出している為、端数を調整して算出される場合があります。

■国民健康保険税の税率等

国民健康保険税は、医療分・支障金分・介護分をそれぞれの対象者ごとに下記に記載した3項目によって算出し、この合計額を各世帯で負担していただきます。介護分を納めていただくのは、国民健康保険に加入している40歳から64歳までの方です。(40歳の誕生日から65歳の誕生日前月までの間)

区 分	医 療 分	支 障 金 分	介 護 分	内 容
所得割	%	%	%	前年中の総所得金額に対する保険税額
資産割				資産割は廃止されました。
均等割	円	円	円	一人当たりにかかる保険税額
平等割	円	円	円	1世帯当たりにかかる保険税額

■お問い合わせ

この通知書の内容についてご不明点がございましたら、下記までお問い合わせください。

第7号様式 (第5条関係)

 福岡県須賀川市 領収証書	
記入 年月日 領収 番号	須賀川市会計管理室 02200-1-960685
領収者氏名	
領金コード	
科目等	
印 付 金 額	円
領 収 金 額	円
領 収 金 額	円
領 収 金 額	円
上記金額を確定しました。	
通 受 日 付 印	
記入印紙不番	
(領付枚数)	

第7号様式 (第5条関係)

[illegible]

改正後

第8号様式（第5条関係）

年度

国民健康保険税 納税通知書

国民健康保険税を下記のとおり決定しましたので通知します。

賦課額		円
納期到来税額		円
納付税額		円

お問い合わせ番号	振替口座	
通知書番号	取扱機関コード	
記号番号	取扱機関名	
	口座名義人	
	口座種別	
	口座番号	

決定保険税額	
変更後	
変更前	
増減	

※この納税通知書は「世帯主」宛にお送りしています。世帯主が社会保険等に加入している場合も同様です。
（※お願い）納付書は、直接電子計算機で処理しますので汚したり、折り曲げたりしないでください。）

福島県須賀川市

国民健康保険税の算出内訳 兼 変更通知

	変更前				変更後				通知書番号
	医療分	後期分	介護分	子ども分	医療分	後期分	介護分	子ども分	
軽減判定総所得				(医療分参照)				(医療分参照)	
所得割の元となる額		同左		(医療分参照)		同左		(医療分参照)	
資産割の元となる額		同左		(医療分参照)		同左		(医療分参照)	
A所得割額									
B資産割額									
C均等割額									
D平等割額									
①=A+B+C+D計									
軽減額	区分								
	E均等割額								
	F平等割額								
G限度超過額									
②=①-E-F-G算出値									
I減免額									
③月割増減額									
④賦課額									
⑤軽減賦課減額									
算出の 税額の									

※本算定および新規加入の場合は、変更前はありませんのでゼロ円または空欄となります。

※⑤軽減賦課減額は、失業軽減に該当した場合に減額された税額の表示であり、⑥軽減額からさらに差し引かれるものではありません。

福島県須賀川市

改正前

第8号様式（第5条関係）

年度

国民健康保険税 納税通知書

国民健康保険税を下記のとおり決定しましたので通知します。

賦課額		円
納期到来税額		円
納付税額		円

お問い合わせ番号	振替口座	
通知書番号	取扱機関コード	
記号番号	取扱機関名	
	口座名義人	
	口座種別	
	口座番号	

決定保険税額	
変更後	
変更前	
増減	

※この納税通知書は「世帯主」宛にお送りしています。世帯主が社会保険等に加入している場合も同様です。
（※お願い）納付書は、直接電子計算機で処理しますので汚したり、折り曲げたりしないでください。）

国民健康保険税の算出内訳 兼 変更通知

	変更前				変更後				通知書番号
	医療分	支援金分	介護分	子ども分	医療分	支援金分	介護分	子ども分	
軽減判定総所得		同左				同左			
所得割の元となる額		同左				同左			
資産割の元となる額		同左				同左			
A所得割額									
B資産割額									
C均等割額									
D平等割額									
①=A+B+C+D計									
軽減額	区分								
	E均等割額								
	F平等割額								
G限度超過額									
②=①-E-F-G算出値									
I減免額									
③月割増減額									
④賦課額									
⑤軽減賦課減額									
算出の 税額の									

※本算定および新規加入の場合は、変更前はありませんのでゼロ円または空欄となります。

※⑤軽減賦課減額は、失業軽減に該当した場合に減額された税額の表示であり、⑥軽減額からさらに差し引かれるものではありません。

[illegible][illegible]

附 則

(施行期日)

- 1 この規則は、公布の日から施行する。

(経過措置)

- 2 この規則の施行の際現にある改正前の須賀川市国民健康保険税条例施行規則の様式の規定による用紙は、当分の間、これを取り繕って使用することができる。